

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde da Família
Modalidade a distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na Atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de
Saúde Pro morar do município de Itaqui/RS**

Martha Dolores Arocha Hernandez

Pelotas, 2015

Martha Dolores Arocha Hernandez

**Melhoria na Atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de
Saúde Pro morar do município de Itaqui/RS**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Saúde da Família –
Modalidade a Distância – UNASUS/UFPel,
como requisito parcial para a obtenção do título
de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Maria Emília Nunes Bueno

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

H557m Hernández, Martha Dolores Arocha

Melhoria na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Unidade Básica de Saúde Pro Morar do Município de Itaqui/RS / Martha Dolores Arocha Hernández; Maria Emilia Nunes Bueno, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

54 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Bueno, Maria Emilia Nunes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*Dedico este trabalho à meus filhos Rodney e Jonathan por sua compressão de
deixar-me trabalhar e ter experiência em outro país.*

*Dedico este trabalho à minha mãe Dolores de 79 anos, fonte inspiratória, com sua
simplicidade me ensinou a ter muito amor ao meu trabalho.*

*Dedico este trabalho a meu esposo Ramon por sua paciência e dedicação em todo
esse tempo de ausência*

Agradecimentos

À minha equipe de trabalho por sua ajuda incondicional e que sempre motivou a vencer as dificuldades acrescentadas.

À minha orientadora Maria Emília Nunes Bueno pela disponibilidade, dedicação e sabedoria, ajudando e mostrando o melhor caminho para que eu pudesse me desenvolver e aperfeiçoar meu conhecimento.

Resumo

HERNANDEZ, Martha Dolores Arocha. **Melhoria na atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde Pro morar do município de Itaqui/RS.** 2015. 51f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A saúde do idoso se tornou uma das prioridades principalmente na atenção primária devido ao aumento da expectativa de vida no Brasil (BRASIL, 2010). Isso está levando os gestores e profissionais da rede de serviços de saúde a discutir esta nova realidade social imposta através da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira. A Unidade Básica de Saúde(UBS) Pro morar, a qual foi desenvolvida o presente trabalho, conta com uma população de 348 idosos e uma equipe pouco preparada para atendê-los. Este trabalho foi realizado em um período de quatro meses, a partir do mês de outubro de 2014 a fevereiro de 2015. A coleta de dados se deu por meio do preenchimento das fichas espelho e planilha de coleta de dados, a qual foram gerados os indicadores de cobertura e qualidade. O objetivo geral foi de melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Pro morar no município de Itaqui/RS. Como resultados, obtivemos uma cobertura de 88,5% do total de idosos, ou seja, um total de 354 idosos atendidos. Conseguimos também realizar a avaliação multidimensional rápida em 100% dos idosos e o exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos. Dos 219 idosos hipertensos e/ou diabéticos atendidos 202 receberam a solicitação dos exames e conseguimos alcançar a cobertura de 92,2%. A prescrição de medicamentos da farmácia popular foi feita para mais de 60% dos idosos cadastrados no programa. Quanto aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, conseguimos cadastrar 100%. Estipulamos também como mais uma de nossas metas rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica, de igual forma para o rastreamento do idoso hipertenso para diabetes. Realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos e 37,3% receberam a consulta odontológica. Realizou-se também busca ativa a 100% dos idosos faltosos às consultas programadas. Para melhorar os registros das informações, estipulamos manter registro específico de 100% das pessoas idosas nas fichas-espelho em dia. Da mesma forma aconteceu para a distribuição da caderneta da pessoa idosa. Mapeamos os idosos de risco da área de abrangência, rastreando 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade e investigamos a presença de indicadores de fragilização na velhice. Para promover a saúde dos idosos, realizamos orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientações sobre práticas de atividade física regular. Garantimos também orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados. Desta forma concluímos nosso trabalho sem maiores dificuldades, contando com o apoio de toda a equipe de trabalho, da comunidade e gestores, para as distintas atividades desenvolvidas durante a intervenção.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do idoso; Assistência domiciliar

Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.....	31
Figura 2: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.....	32
Figura 3: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.....	33
Figura 4: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.....	34
Figura 5: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática...	35
Figura 6: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.....	37
Figura 7: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.....	38
Figura 8: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.....	38

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS - Agente Comunitário de Saúde
CEO - Centro de Orientação e Diagnóstico
DM - Diabetes Mellitus
ESF - Estratégia Saúde da Família
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT – Hemoglicoteste
HIPERDIA- Hipertenção e diabetes
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
RS - Rio Grande do Sul
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional.....	9
1.1 <i>Texto inicial sobre a situação da Estratégia Saúde da Família</i>	<i>9</i>
1.2 <i>Relatório da Análise Situacional.....</i>	<i>10</i>
1.3 <i>Comentário comparativo sobre texto inicial e o Relatório de Análise Situacional</i>	<i>13</i>
2 Análise Estratégica.....	14
2.1 <i>Justificativa.....</i>	<i>14</i>
2.2 <i>Objetivo Geral</i>	<i>15</i>
2.2.1 <i>Objetivos específicos</i>	<i>15</i>
2.2.2 <i>Metas</i>	<i>15</i>
2.3 <i>Metodologia.....</i>	<i>17</i>
2.3.1 <i>Detalhamento das Ações</i>	<i>17</i>
2.3.2 <i>Indicadores.....</i>	<i>21</i>
2.3.3 <i>Logística.....</i>	<i>24</i>
2.3.4 <i>Cronograma</i>	<i>14</i>
3 Relatório da Intervenção	27
3.1 <i>As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas</i>	<i>27</i>
3.2 <i>As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....</i>	<i>28</i>
3.3 <i>Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....</i>	<i>29</i>
3.4 <i>Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço 29</i>	
4. Avaliação da Intervenção.....	30
4.1 <i>Resultados</i>	<i>30</i>
4.2 <i>Discussão.....</i>	<i>39</i>
4.3 <i>Relatório da Intervenção para os Gestores.....</i>	<i>41</i>
4.4 <i>Relatório da Intervenção para Comunidade.....</i>	<i>42</i>
5. Reflexão crítica sobre o seu processo pessoal de aprendizagem na implementação da intervenção	44
Referências	46
Anexos.....	47

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Este volume abrange o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS; assim como o funcionamento da mesma na sua rotina de trabalhos. O projeto de intervenção, que corresponde à análise estratégica; apontando a justificativa desta intervenção dentro da unidade e no contexto da atual situação da pessoa idosa. Elaboramos metas para que o principal objetivo fosse alcançado. O Cronograma mostra as principais ações que foram realizadas e assim chegamos aos resultados, mostrados no relatório da intervenção com a descrição das ações. Por fim temos a reflexão crítica do processo de aprendizagem da aluna durante a elaboração do projeto, aplicação prática e análise dos resultados.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia Saúde da Família

A UBS está instalada em uma área urbana, atende uma população de 4.000 habitantes, a qual a equipe consegue cobrir sem dificuldades. Possui uma equipe com um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, dois odontólogos e dois auxiliares de consultório dentário, um pediatra, um ginecologista-obstetra, um cirurgião e dois clínicos gerais, um nutricionista, e sete agentes comunitários de saúde (ACS), duas secretárias, uma assistente de farmácia e uma de limpeza.

Possui uma estrutura física composta por dois consultórios médicos, e um consultório odontológico espaçoso, uma sala para a secretária, onde estão os arquivos, uma sala para a realização de curativos e outra para a vacinação, uma cozinha onde os medicamentos disponíveis são estocados para a distribuição aos usuários. Há três banheiros, um para os usuários, outro da consulta ginecológica e outro para os funcionários. Está faltando sala disponível para armazenamento de medicamentos, para depósito de lixo, sala de reuniões e atividades coletivas. Outra dificuldade enfrentada é a respeito da acessibilidade aos usuários com necessidades especiais, a qual está havendo uma remodelação na estrutura física da unidade com este propósito.

Os profissionais realizam o acolhimento de forma a resolver as necessidades tanto de marcação prévia de consultas como de casos que requerem atendimento imediato tanto de assistência médica, como odontológica e de enfermagem. Os usuários são acolhidos primeiramente pela secretária, dando prioridade aos idosos. A equipe consegue atender a toda a demanda, pois há um médico geral que atende oito horas além de outros especialistas com 20 horas semanais de atendimento na UBS. São realizadas também visitas domiciliares pelo médico clínico geral e enfermeiro.

Uma dificuldade que enfrentamos é na organização dos medicamentos, pois não temos local apropriado para o correto armazenamento e somado a isso,

frequentemente nos deparamos com a falta de antibióticos, cremes, colírios, gotas nasais, etc. Em questão de espaço físico também nos deparamos com a realização de atividades grupais fora da UBS, pois não temos sala para reuniões. Acredito que ainda temos muito para melhorar na atenção à população e com a conclusão das obras conseguiremos oferecer melhores condições de atendimento para os usuários da área adstrita.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Itaqui, localizado a margem do rio Uruguai na fronteira com nas Cidade Alegrete, Maçambará, Manuel Viana, São Borja, Uruguaiana, Cruz e Alvear Argentina, lugar onde estou trabalhando, possui uma população de 37.916 habitantes, conta com 10 UBS, das quais quatro são contempladas com Estratégia Saúde da Família (ESF) e seis são tradicionais. Não há disponibilidade de Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF e Centro de Especialidades Odontológicas - CEO. Itaqui possui atendimento especializado em algumas áreas como anestesista, cirurgião, ginecologista-obstetra, pediatra, nutricionista, nefrologia e outras especialidades na atenção particular como dermatologia, oftalmologia, cardiologia, análises clínicas. Para consultas com especialistas como proctologista, endocrinologista, neurologista, é necessário buscar em outros municípios como Porto Alegre, Uruguaiana ou Santa Maria. Há um hospital com atendimento de pronto socorro e um centro laboratorial para alguns exames comuns como química sanguínea, urina, fezes, ultrassom, Raio X contrastados e simples, mamografia digital. Outros exames especiais são realizados em outros centros fora de nosso município

A UBS Pro morar está instalada em uma área urbana, atende uma população de 4.000 habitantes, a qual a equipe consegue cobrir sem dificuldades. Há um predomínio do sexo feminino, sendo o maior número de pessoas na faixa etária entre 30 e 55 anos. Não possui vínculo com instituições de ensino. Possui uma equipe com um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, dois odontólogos e dois auxiliares de consultório dentário, um pediatra, um ginecologista-obstetra e um nutricionista, e sete ACS, três secretárias e um assistente de limpeza.

Possui uma estrutura física composta por dois consultórios médicos, um consultório odontológico espaçoso, uma sala para a secretária, onde estão os arquivos, uma sala para a realização de curativos e outra para a vacinação. Uma

cozinha onde os medicamentos disponíveis são estocados para a distribuição aos usuários. Há três banheiros, um para os usuários, outro para consulta com ginecologista e outro para os funcionários. Ainda é necessária, na UBS, uma sala para armazenamento de medicamentos, outra para depósito de lixo, uma sala para reuniões e atividades coletivas. Já estamos com projeto para obras de construção e remodelação para melhorar o acesso aos usuários com necessidades especiais.

Os profissionais realizam o acolhimento de forma a resolver as necessidades tanto de marcação prévia de consultas como casos que requerem atendimento imediato tanto de assistência médica, odontológica, e de enfermagem. Todos que buscam a UBS são atendidos, pois há um médico geral atendendo oito horas, assim como outros especialistas que estão prestando atendimento 20 horas por semana em várias especialidades, cobrindo a demanda da população.

Em relação à **saúde da criança**, há um atendimento de 100% de recém-nascidos até dois meses de idade. As mães realizam a consulta com o pediatra sete dias após a saída do hospital, onde elas recebem todas as informações necessárias sobre o esquema vacinal do bebê, os testes de diagnósticos como pezinho e triagem auditiva. De acordo com o caderno das ações programáticas há uma estimativa de que haja 48 crianças menores de um ano na área de abrangência na UBS, no entanto, temos 77 crianças sendo acompanhadas. Destas todos estão com a carteira de vacinação em dia e recebem orientações nutricionais, sobre aleitamento materno. Também programamos a visita da odontóloga e auxiliar de saúde bucal na escola e semanalmente realiza-se visita domiciliar, ofertando orientações sobre higiene e cuidados com a dentição.

Os atendimentos não são embasados em nenhum protocolo, apenas são realizadas consultas para crianças com problemas de saúde, onde são ofertadas orientações sobre amamentação, a importância do cumprimento do calendário vacinal, cuidados com o bebê, assim como outras orientações necessárias.

Em relação ao **pré-natal e puerpério**, há uma cobertura de 100% do pré-natal, com boa adesão das gestantes. Na UBS há dois médicos ginecologistas que atendem esta população, juntamente com a enfermeira que também realiza as consultas de pré-natal e fornece orientações a respeito do programa, sobre amamentação, e outras informações importantes. Há um controle rigoroso quanto as vacinas das gestantes, procurando manter todas atualizadas. O atendimento é

realizado somente com gestantes da área de abrangência, o que contribui para a cobertura satisfatória.

Em relação pesquisa a **prevenção do câncer de colo de útero e controle de câncer de mama**, estes exames são realizados de acordo com o preconizado no protocolo, apesar de não haver um arquivo, onde se possa conhecer quem são os faltosos. Não temos um registro prévio do total das mulheres na faixa etária para o desenvolvimento do câncer de colo de útero e mama, sendo assim não foi possível informar a cobertura para esta população. Contamos com a ginecologista que atende uma vez na semana e os demais atendimentos são feitos pelo médico clínico geral.

O controle é feito para aquelas mulheres que buscam os métodos contraceptivos no serviço. Assim a técnica da farmácia ou a secretária identificam o tempo de realização do último exame e orientam as mulheres ao agendamento do mesmo. Como uma tentativa para o aumento da cobertura, está se realizando uma nova estratégia para a coleta do citopatológico, o qual era realizado apenas duas vezes por semana e um único horário. Atualmente o exame é realizado diariamente nos turnos da manhã e tarde, conforme agendamentos. As amostras precisam ser levadas para o laboratório de outro município, onde são processados e somente retornam os resultados que não apresentam nenhuma alteração. Os demais são encaminhados diretamente ao posto central, onde as mulheres são contatadas e precisam também realizar o tratamento fora do município. Isso faz com que não tenhamos o conhecimento das mulheres que estão em tratamento.

Quanto a pesquisa de câncer de mama, não há nenhum registro na UBS, os casos vêm de maneira voluntária, ou seja, quando a mulher sente algum desconforto e solicita exame físico e assim se realiza a solicitação da mamografia ou ultrassom e encaminha-se para a secretaria de saúde que faz a autorização do exame para a realização do mesmo no hospital do município. Em caso de necessidade de tratamento, o mesmo também é realizado fora do município.

Em relação ao número de usuários com mais de 20 anos, diagnosticados **hipertensos**, não há registro deste controle. Porém, os agentes comunitários que são os profissionais que agendam as visitas no domicílio para os acamados ou pessoas com problemas de locomoção, conseguem visualizar um número bem elevado de pessoas diagnosticadas como hipertensos. Em termos de cobertura não é possível informar em números, no entanto as consultas são dadas com a

qualidade exigida com marcação da próxima consulta quando necessário e avaliação do tratamento. Há prática de exercícios, orientações nutricionais e sempre que há necessidade é agendada consulta com a nutricionista. A qualidade do atendimento desses usuários melhorou quando se programou uma agenda de trabalho para as consultas e visitas domiciliares de maneira regular, assim como atividades destinadas à prevenção de doenças e promoção de saúde. A situação em relação a usuários **diabéticos** se assemelha aos hipertensos. O total desta população é desconhecido. Não há registros dos atendimentos, tornando difícil obter informações do número de diabéticos. As informações que se obtém são oriundas dos Agentes Comunitários, os quais agendam as visitas domiciliares. É realizada consultas, exame de glicose se necessário, avaliação nutricional e agendamento da próxima consulta.

Com relação a **saúde da pessoa idosa**, a informação obtida é através dos Agentes Comunitários de Saúde, bem como dos prontuários. Todos são atendidos pelo médico clínico geral, os quais também realizam visitas domiciliares aos acamados ou com dificuldades de locomoção. Um dos motivos principais para os idosos frequentarem as consultas é a entrega de medicação e a renovação das receitas a cada três ou no máximo seis meses. Não há o seguimento de protocolo para os atendimentos e as atividades educativas não são realizadas frequentemente. Não é costume dos idosos buscarem atendimento no serviço de saúde com frequência, pois mandam um familiar buscar o medicamento ou renovar a receita, a menos que necessitam de atendimento de urgência.

1.3 Comentário comparativo sobre texto inicial e o Relatório de Análise Situacional

Ao escrever o texto inicial sobre a estrutura da UBS, pude apenas demonstrar de uma forma muito geral em relação à estrutura física da unidade de saúde, sobre a equipe de saúde da família e o processo de trabalho, bem como as dificuldades que o mesmo enfrenta para a consolidação de ações voltadas para os princípios e diretrizes do SUS.

A partir do andamento das atividades da Análise Situacional da Unidade de Saúde, consegui escrever no relatório final, um texto que abrange um número maior de detalhes e informações a respeito de cada ação programática que antes, não possuía. Então foi possível também fazer um relato amplo a respeito do município e

sua distribuição geral de saúde e os níveis de serviço, sejam de atenção primária, secundária ou terciária, com suas distintas formas de atenção e especialidades que oferece aos munícipes.

A equipe como um todo conseguiu perceber as dificuldades, as necessidades de recursos tanto materiais quanto humanos que enfrentamos. De certa forma, foi uma ampliação da visão do serviço que conseguimos obter e com isso, nos possibilitou buscar e reivindicar melhorias para a assistência que prestamos na unidade de saúde pro morar no município de Itaqui/RS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A saúde do idoso se tornou uma das prioridades principalmente na atenção primária devido ao aumento da expectativa de vida no Brasil (BRASIL, 2010). Isso está levando os gestores e profissionais da rede de serviços de saúde a discutir esta nova realidade social imposta através da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira. Mesmo com a aprovação do Estatuto do Idoso em 2003 e a Política de Atenção Integral à Saúde do Idoso estabelecida desde 2006, ainda existem fragilidades e a falta de programas específicos na atenção primária de saúde para o atendimento desta população.

A UBS Pro morar está instalada em uma área urbana, atende uma população de 4.000 habitantes. Possui uma equipe com um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, dois odontólogos e dois auxiliares de consultório dentário, um pediatra, um ginecologista-obstetra e um nutricionista, sete agentes comunitários, três secretárias e um assistente de limpeza. Possui uma estrutura física composta por dois consultórios médicos, um consultório odontológico espaçoso, uma sala para a secretária, onde estão os arquivos, uma sala para a realização de curativos e outra para a vacinação. Uma cozinha onde os medicamentos disponíveis são estocados para a distribuição aos pacientes. As condições de acesso da UBS são precárias, faltam rampas e os sanitários não apresentam proteção requerida.

A UBS conta com uma população estimada de 348 idosos e uma equipe pouco preparada para atendê-los. Não há um atendimento sistematizado, o que acarreta em dificuldades como a falta de agendamento para atendimento clínico e odontológico (90% são atendimentos espontâneos), grupo de idosos, reserva de vagas para urgência ou pacientes com comorbidades que necessitam de atendimento programático. Todos são atendidos pelo médico clínico geral, que atendem oito horas diárias, os quais também realizam visitas domiciliares aos acamados ou com dificuldades de locomoção. Há ausência de educação em saúde

voltada para a prevenção da saúde e cuidados específicos para esta população, o que acaba gerando um aumento também de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Pretende-se melhorar a qualidade de vida desta população através de ações voltadas para a mudança de hábitos alimentares, participação em atividades físicas e ações clínicas que poderão contribuir para a melhoria da atenção ao idoso no serviço.

Quanto aos aspectos que viabilizam a realização da intervenção, como estamos em obras, a construção e remodelação das salas irão contribuir para o acesso dos idosos e também para um melhor desempenho e recursos para realizar um trabalho de melhor qualidade a esta população. Irá contribuir também para a realização de atividades de promoção da saúde, para melhorar o vínculo com a população e facilitar a interação entre a equipe e os idosos, gerando maior participação dos mesmos no serviço de saúde.

2.2 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde Pro morar no município de Itaqui/RS.

2.2.1 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso;
2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde;
3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
6. Promover a saúde dos idosos.

2.2.2 Metas

Metas relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

- 1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

Metas Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

2 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

3 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

4 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

5 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

6 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

7 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

8 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

9 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

11 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Metas Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

12 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Metas Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

13 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

14 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Metas Relativas ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

15 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

16 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

17 Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Metas Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

18 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

19 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

20 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das Ações

Para ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%, em termos de **monitoramento e avaliação** será realizado o monitoramento da cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente) por meio da avaliação dos prontuários de cada usuário e das fichas de cadastramento.

Em termos de **organização e gestão do serviço**, serão acolhidos todos os idosos através do agendamento das consultas e do atendimento imediato em caso de urgências. Serão também cadastrados todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde e terão as informações do SIAB atualizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

No que se refere ao **engajamento público**, será esclarecido à comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde por meio de encontros na unidade que serão feitos mensalmente e também individualmente.

Quanto a **qualificação da prática clínica**, a equipe será capacitada para realizar o acolhimento aos idosos e quanto a Política Nacional de Humanização. Também serão capacitados os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Para isso, será disponibilizada uma hora da reunião de equipe a fim de realizar as capacitações.

A fim de melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, em termos de **monitoramento e avaliação**, serão monitorados através da ficha-espelho e dos prontuários a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde; a realização de exame clínico apropriado; o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado; o número de idosos

hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada; o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA; o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados; a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção; o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente; o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente; a avaliação da necessidade de tratamento odontológico e também o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Quanto a **organização e gestão do serviço**, estamos providenciando os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos, como balança, antropômetro, Tabela de Snellen, etc. Também cada profissional terá sua atribuição na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos e também na realização do exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos e na busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. Teremos um dia específico para o acolhimento dos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Será garantida a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades através do contato com os demais níveis de atendimento. Durante as consultas será solicitado os exames complementares e caso a identificação da não realização do mesmo, será destacado no prontuário do idoso para que seja sinalizado no próximo atendimento e feita a solicitação novamente.

Quanto as medicações utilizadas pelos idosos, será feito o controle do estoque, incluindo a validade e mensalmente será observado os medicamentos de maior necessidade e registrados para evitar a falta dos mesmos no serviço. Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção terão um registro específico para que os ACS possam agendar as visitas domiciliares. Serão também providenciados todos os materiais necessários para a medida da pressão arterial, da realização do hemoglicoteste. Organizar com a equipe de saúde bucal o agendamento para o atendimento dos idosos, oferecendo atendimento prioritário ao mesmo.

No que se refere ao **engajamento público**, serão organizadas a cada três meses reuniões com a comunidade para que sejam passadas informações referentes a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde. Quanto a

qualificação da prática clínica, serão organizadas capacitações frequentes com a equipe de saúde direcionadas ao atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Para buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas, as ações desenvolvidas em termos de **monitoramento e avaliação**, será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde, através dos prontuários e ficha- espelho.

Quanto a **organização e gestão do serviço**, será organizado com o auxílio dos ACS as visitas domiciliares para a busca dos faltosos e, reservado um turno semanal para o atendimento provenientes destas buscas. Quanto ao **engajamento público**, será informada a comunidade durante as visitas ou em reuniões no serviço sobre a importância de realização e periodicidade das consultas. Quanto a **qualificação da prática clínica**, haverá um treinamento com os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e definiremos de acordo com o protocolo utilizado a periodicidade das consultas.

Para melhorar o registro das informações, em termos de **monitoramento e avaliação**, será monitorado todos os registros dos idosos realizados, inclusive na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Quanto a **organização e gestão do serviço**, solicitaremos ao gestor municipal a disponibilização do número necessário da caderneta. Também será organizado um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Quanto ao **engajamento público**, será ofertada orientações em grupos ou individuais aos idosos e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, assim como a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. No que se refere a **qualificação da prática clínica**, toda a equipe será treinada para o devido preenchimento de todos os registros necessários, inclusive a Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Para mapear os idosos de risco da área de abrangência, as ações desenvolvidas quanto ao **monitoramento e avaliação** serão o monitoramento através dos registros do número de idosos de maior risco de morbimortalidade, do número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice e a

realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS. Quanto a **organização e gestão do serviço**, será priorizado o atendimento dos idosos de maior risco de morbimortalidade e fragilizados e terá atenção diferenciada com prioridade no agendamento de visitas domiciliares aqueles idosos com rede social deficiente. Quanto ao **engajamento público**, serão realizadas orientações tanto nas consultas individuais como em grupos para a comunidade quanto ao acesso do atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Também estimularemos a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio, etc.) e do estabelecimento de redes sociais de apoio. Quanto a **qualificação da prática clínica**, haverá capacitação para que os profissionais identifiquem e registrem com maior facilidade os fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, os indicadores de fragilização na velhice e avaliem a rede social dos idosos.

Para garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas, em termos de **monitoramento e avaliação**, será monitorada a realização das orientações nutricionais; o número de idosos com obesidade e desnutrição; o número de idosos que realizam atividade física regular, assim como as atividades educativas individuais. Quanto a **organização e gestão do serviço**, será definido que todos da equipe fiquem responsáveis pelas orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis, para a prática de atividade física regular. Pactuaremos também um tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Quanto ao **engajamento público**, serão realizadas palestras para orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, para a realização de atividade física regular e também sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Para a **qualificação da prática clínica**, a equipe será capacitada para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Também para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, a realização de atividade física regular e para que todos os profissionais possam oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

Indicadores cobertura do Programa de Saúde do Idoso

1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde

Indicadores de Qualidade do Programa de Saúde do Idoso

- 2 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- 3 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- 4 Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- 5 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- 6 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

7 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

8 Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

9 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

10 Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

11 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicadores de Adesão do Programa de Saúde do Idoso

12 Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Indicadores de registro das informações do Programa de Saúde do Idoso

13 Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

14 Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicadores para mapear os idosos de risco da área de abrangência do Programa de Saúde do Idoso

15 Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

16 Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

17 Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicadores para promover a saúde do Programa de Saúde do Idoso

18 Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

19 Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

20 Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de saúde do idoso, vamos adotar o protocolo de atendimento ao paciente idoso do Ministério da Saúde (2006). Nossa unidade de saúde não possui sistema informatizado. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso, a qual contém todas as informações necessárias. Estimamos alcançar com a intervenção 348 idosos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de 348 fichas e para imprimir as fichas complementares.

Para organizar o registro específico do programa, a médica, e os demais membros da equipe localizarão os prontuários do total de idosos da área de abrangência, e transcreverão todas as informações disponíveis para a ficha espelho. Também será realizado o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe de saúde da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre Protocolo de atendimento ao usuário idoso. Esta capacitação

ocorrerá na própria UBS, para isso será reservada duas horas ao final da semana, após a reunião de equipe, e o médico será responsável pela organização da mesma.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado pela secretária. Serão reservadas seis consultas diárias em um mesmo turno com prioridade no agendamento e sairão da unidade básica com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle de fatores de risco para esta população. Também realizaremos atividades grupais e palestras sobre a importância da prática de atividade física regular e alimentação saudável. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de idosos não cadastrados no programa.

Semanalmente a equipe de saúde examinará as fichas espelho dos idosos identificando aqueles que estão com consultas e exames em atraso. O agente comunitário de saúde fará a busca ativa de todos os idosos em atraso. Ao fazer a busca, já agendará a consulta para um horário que seja conveniente para o usuário. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS utilizando o Protocolo para a saúde de idoso do Ministério da Saúde (2006).	x				x				x				x			
Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.	x															
Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e atividades físicas regulares	x				x				x				x			
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos idosos	X															
Definir atribuições de cada membro da equipe, no desenvolvimento da ação programática.	x															
Cadastramento dos idosos da área adscrita no programa.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atendimento clínico dos pacientes idosos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Visitas domiciliares dos idosos que se encontram impossibilitados de comparecer à UBS.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contato com líderes comunitários para informar sobre a importância da ação programática e sobre como ela deve ocorrer.	x				x				x				x			
Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento do exame clínico, exames complementares e do acesso às medicações da Farmácia Poular / Hiperdia.	x				x				x				x			
Busca ativa dos pacientes faltosos às consultas.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.	x				x				x				x			
Registro das informações.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ações de promoção à saúde	x				x				x				x			
Monitorar as atividades educativas individuais.	x				x				x				x			
Reunião da equipe para planejamento e avaliação da ação programática.	x				x				x				x			

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

No trabalho desenvolvido na unidade de saúde Pro Morar, nos meses de fevereiro a junho de 2015 conseguimos realizar todas as ações previstas no cronograma. Dentre os fatores que facilitaram este êxito encontra-se o apoio e integração da equipe de saúde, dos gestores, bem como da comunidade. A adesão da população alvo na intervenção também foi considerada um aspecto facilitador para que todas as ações fossem cumpridas de forma integral.

Dentre as ações realizadas cabe destacar o conhecimento do protocolo sobre saúde do idoso, o qual foi utilizado o modelo do Ministério da Saúde (2006). Começamos a trabalhar com esse documento na primeira reunião de equipe depois que iniciou a intervenção. Nesta reunião também foi acordado como se daria a capacitação aos profissionais de saúde. Um dos primeiros pontos abordados foi em relação a realização do teste de glicose aos idosos com pressão arterial maior que 135/80. Não tivemos dificuldade quanto ao tema, pois contamos com profissionais bem capacitados e treinados em realizar a técnica. Quanto a capacitação dos profissionais para realizar orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e atividades físicas regulares, também foi realizada sem dificuldades. Para essa capacitação contamos com a estagiária de nutrição, a qual costuma realizar visitas domiciliares juntamente com a equipe de enfermagem. Contamos também com a participação do educador físico, o qual realiza atividades com os idosos duas vezes por semana. Outro aspecto que viabilizou a realização de ações como o cadastramento dos idosos e visitas domiciliares foi a experiência e conhecimento das agentes comunitárias de saúde. Essas possuem pleno conhecimento de toda a população da área adstrita, o que proporcionou o alcance de uma cobertura de 88,5% do total de idosos da área. As agentes também mantinham sempre atualizadas as informações a respeito da situação dos idosos acamados, facilitando

com isso o agendamento das visitas domiciliares, as quais eram realizadas semanalmente, priorizando os idosos acamados e também os que apresentavam alguma dificuldade locomotora. Participavam das visitas a médica da unidade, a técnica de enfermagem, a estagiária de nutrição e a agente comunitária de saúde.

Quanto ao desempenho das funções, foram atribuídas as ações de acordo com a categoria de cada profissional. A enfermeira e as técnicas de enfermagem foram responsáveis pelas capacitações, pelas reuniões de grupos e orientações. A odontóloga e sua auxiliar foram muito participativas, sempre interagindo com os demais membros da equipe, durante as consultas com os idosos e também organizando suas agendas para o atendimento a essa população. As secretárias ficaram responsáveis pelo acolhimento, organização e agendamento das consultas, bem como de fornecer informações solicitadas pelo usuário e seus familiares. Uma dúvida muito frequente entre os usuários era sobre a questão dos medicamentos. Porém todos os idosos eram informados quando havia ausência da medicação prescrita na unidade e onde eles poderiam encontrar com maior facilidade. Nestas situações de ausência da medicação, a gestão sempre foi contatada para ser informada sobre o problema.

Os atendimentos clínicos aconteceram sem maiores dificuldades, pois foram criadas condições favoráveis para isso, como a realização das buscas ativas pelas agentes comunitárias de saúde sempre que houve idosos faltosos as consultas. Mantivemos também uma boa integração com a comunidade, tendo os líderes comunitários constantemente em contato conosco e participativos das reuniões e atividades em grupos.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Como foi descrito anteriormente, todas as ações previstas no cronograma foram desenvolvidas. A princípio tivemos demora em começar as atividades por falta de comunicação com os gestores para a impressão da documentação necessária, como o protocolo e as fichas espelho. No entanto, esse problema foi solucionado e conseguimos dar início sem maiores dificuldades. A prescrição de medicação da farmácia popular foi uma das ações que encontramos dificuldade para realizar, pois presenciamos durante todo o período de intervenção a falta de muitos medicamentos, principalmente de hipertensivos. Segundo a informação da gestão foi de que esse problema se deu devido as dificuldades de recursos financeiros no

município, o que acabou afetando também a realização dos exames, os quais sempre eram agendados para um período muito longo de tempo. Tais problemas acabaram afetando toda a população e também a qualidade da assistência prestada no serviço de saúde.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores

A coleta e sistematização dos dados a princípio foi um pouco difícil, pois não estávamos familiarizados com esse tipo de informação e tabelas. Porém percebemos que a implementação dos dados nessas ferramentas disponibilizadas pelo curso nos auxiliou muito na organização das ações desenvolvidas com a população dos idosos e, portanto, foi fácil de superar as dificuldades iniciais na medida em que avançamos com a intervenção. Nesse processo contamos com o apoio da tutora Maria Emília e com a equipe técnica para a correção de qualquer erro e também para sanar as dúvidas que surgiram.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

As ações previstas na intervenção já estão incorporadas na rotina do serviço. Iremos dar continuidade com as diferentes ações como atividade física, educativas, clínicas e também com a participação da comunidade no serviço. Essas ações já fazem parte também dos programas para as gestantes, hipertensos e diabéticos, dentre outros. As implementações de tais atividades contribuíram para aumentar a adesão da população no serviço e com isso melhorar a qualidade de vida de cada usuário. Procuramos manter como pilar fundamental em nossa unidade a prevenção dos agravos como uma forma de promoção da saúde. Cabe ressaltar que ainda estamos enfrentando algumas reformas na estrutura física da unidade e que ao concluírem-se, conseguiremos melhorar ainda mais a qualidade da assistência prestada, garantindo uma atenção digna e adequada para a toda a comunidade.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção na atenção a saúde da pessoa idosa visou a qualificação da assistência a partir de um acompanhamento periódico e sistemático desta população na ESF Pro morar, a qual possui uma população total de 4000 habitantes, sendo estimado 400 idosos (estimativa utilizada de 10% da população total da área). A fim de obter informações mais precisas e reais da população idosa de nossa unidade, a primeira meta estipulada foi referente a ampliação da cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

A partir do andamento das ações de cadastramento e atendimentos aos idosos, no primeiro mês de intervenção, dos 400 idosos estimados, foram atendidos 53 e atingimos uma cobertura de 13,3%. No segundo mês, com o seguimento das ações de buscas ativas e captações dos idosos pertencentes a área da UBS, conseguimos cadastrar 134 idosos, atingindo então uma cobertura de 33,5%. No terceiro mês, dando continuidade às buscas e ao cadastro, conseguimos aumentar este número para 217 idosos, chegando a uma cobertura de 54,3%. Por final, conseguimos ultrapassar a meta estipulada inicialmente e atingimos 88,5% do total de idosos pertencentes a área adstrita da unidade, ou seja, um total de 354 idosos atendidos durante toda a intervenção. Na figura 1 apresentada abaixo, podemos observar estes dados.

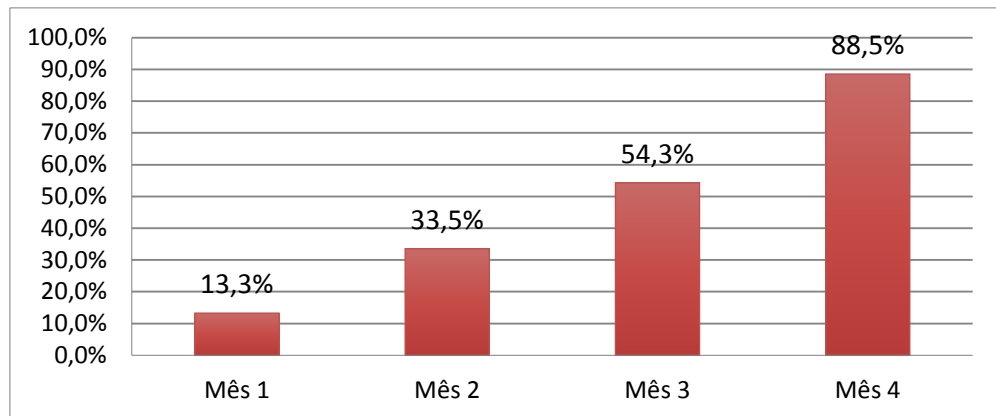


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde
Fonte: planilha de indicadores.

Para atingir esta meta, contamos com ajuda das agentes comunitárias que, a princípio, estavam em número reduzido, porém isso não impediu que a partir do primeiro mês conseguíssemos aumentar o número de idosos cadastrados no programa de tal maneira que, no terceiro mês, estávamos perto da meta proposta e no quarto mês conseguimos ultrapassá-la. Para o alcance desta meta contamos também com a cooperação dos líderes comunitários e com o desempenho da equipe para a realização do acolhimento.

Outra meta proposta para esta intervenção foi referente a realizar avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde. Todos os idosos cadastrados receberam a avaliação multidimensional rápida durante as consultas. Desta forma conseguimos cumprir com a meta estabelecida inicialmente durante os quatro meses de intervenção, tendo alcançado 100% dos idosos avaliados. Não apresentamos dificuldades para o cumprimento desta meta, apesar da deficiência no atendimento dos serviços especializados sempre que precisávamos encaminhar os idosos para tratamento de problemas de audição, visão, assim como de outras doenças comuns para esta faixa-etária.

Estabelecemos também neste estudo realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos. Esta meta foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção, de modo que, do primeiro ao quarto mês, em que tivemos 53, 134, 217 e 354 idosos cadastrados respectivamente, todos receberam o exame clínico apropriado. Também não

apresentamos dificuldades para o cumprimento desta meta, pois possuímos a estrutura necessária para examinar os usuários.

Quanto a meta referente a realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, no primeiro mês da intervenção, atendemos 37 idosos hipertensos e/ou diabéticos e destes, apenas para 19 foram solicitados os exames complementares, atingindo uma cobertura de 51,4%. No segundo mês, dos 91 idosos atendidos que apresentavam tais doenças, 60 (65,9%) tiveram a solicitação dos exames feitas. No terceiro mês foram 149 idosos hipertensos e/ou diabéticos e destes, 109 (73,2%) receberam a solicitação dos exames complementares periódicos. No último mês da intervenção, dos 219 idosos hipertensos e/ou diabéticos atendidos 202 receberam a solicitação dos exames e conseguimos alcançar a cobertura de 92,2%, conforme ilustrado na figura 2.

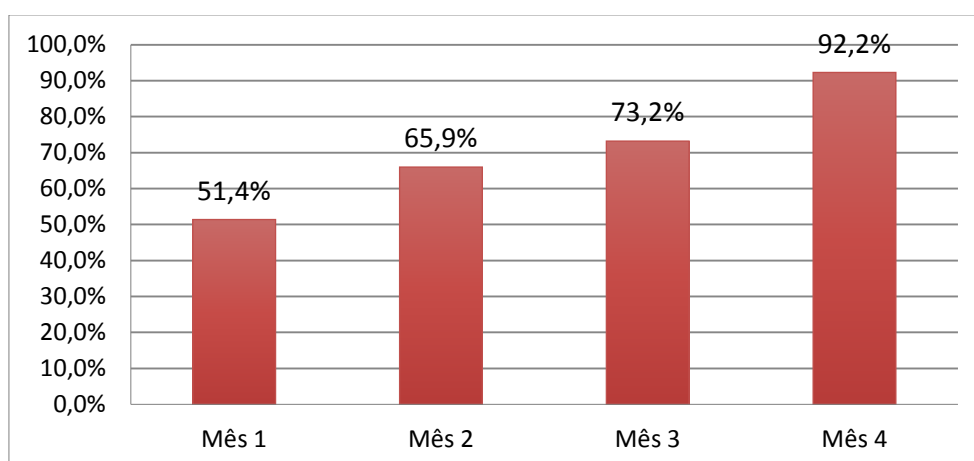


Figura 2: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Fonte: planilha de indicadores.

Conforme podemos observar, apresentamos algumas dificuldades para o cumprimento desta meta, pois o laboratório do município estava em falta de matéria prima para fazer hemograma e o usuário, muitas vezes, precisava retornar em outra data para a realização, o que acabava não acontecendo.

Estipulamos também priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos cadastrados no programa. No primeiro mês, dos 53 idosos cadastrados, apenas 37 (69,8%) receberam a prescrição de medicamentos da farmácia popular. No segundo mês, no qual atendemos 134 idosos, apenas 89

(66,4%) receberam a prescrição da farmácia popular. No terceiro mês, foram 217 cadastrados e destes 149 (68,7%) receberam a prescrição com medicamentos da farmácia popular. E por final, quando obtivemos 354 idosos cadastrados, conseguimos prescrever os medicamentos da farmácia popular para 219 idosos, alcançando uma cobertura final 61,9%. Tais resultados podem ser observados na figura 3 a seguir.

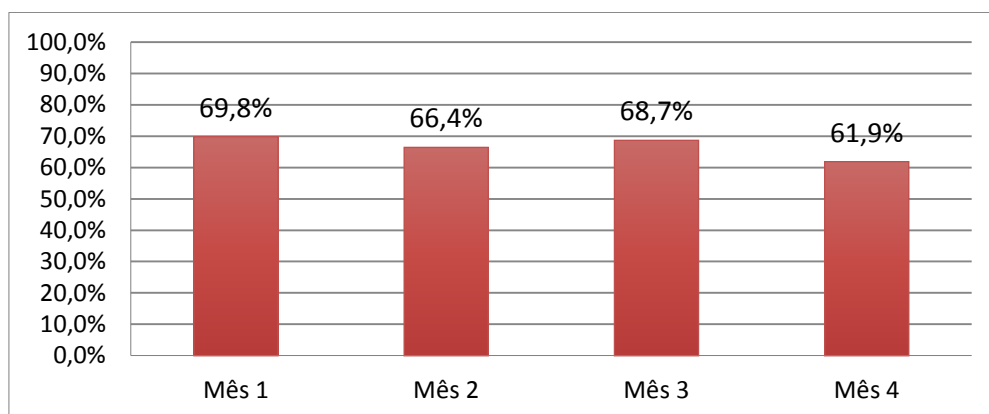


Figura 3: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Fonte: planilha de indicadores.

Como observado, em nenhum dos meses conseguimos atingir a meta estipulada inicialmente. Tal fato se deu devido as dificuldades que enfrentamos durante todo o processo da intervenção quanto a falta de medicamentos, principalmente os anti-hipertensivos, na farmácia popular. Apesar da solicitação feita à gestão e do alerta a respeito do problema, não conseguimos solucioná-lo neste período, estando esta como uma das metas priorizadas para o seu melhoramento com o seguimento das atividades.

Quanto a meta referente ao cadastramento de 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, na nossa área de abrangência temos um total de 28 idosos que se encontram nesta situação. Deste total, obtivemos respectivamente desde o primeiro ao quarto mês de intervenção 7, 25, 26 e 28 idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, totalizando 100% dos idosos nesta situação. Conseguimos cumprir com a meta estimada e para isso contamos com a cooperação dos agentes comunitários que realizaram o trabalho com muita dedicação e também com a técnica de enfermagem que auxiliou nas visitas e cadastramento.

No que se refere as visitas domiciliares a estes idosos acamados ou com problemas de locomoção, no primeiro mês dos 7 idosos cadastrados, realizamos visitas para 4 (57,1%). No segundo mês realizamos visita domiciliar para 22 dos 26 idosos cadastrados, atingindo 88% de cobertura. No terceiro mês, atingimos 93% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção com visitas domiciliares e no último mês, conseguimos realizar visitas aos 28 idosos alcançando a meta estipulada inicialmente de 100%, como podemos observar na figura a seguir.

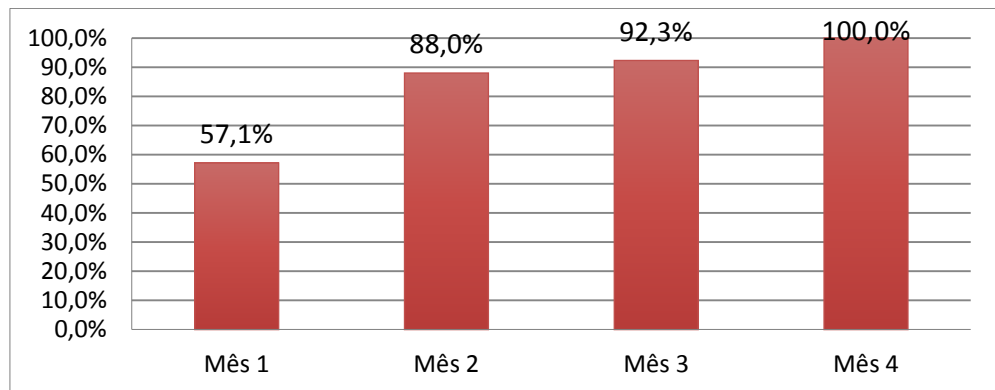


Figura 4: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Fonte: planilha de indicadores.

Não apresentamos dificuldades para o cumprimento desta meta, pois contamos com o apoio das agentes comunitárias, técnica de enfermagem e a estagiária em nutrição, a qual sempre esteve nos acompanhando e orientando os usuários e familiares.

Estipulamos também como mais uma de nossas metas, rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Conseguimos durante todos os quatro meses de intervenção atingir a meta estabelecida, rastreando todos os idosos cadastrados em cada mês, para HAS. Não apresentamos maiores dificuldades no cumprimento da meta, pois contamos com uma equipe capacitada para realizar a ação e com instrumentos de aferição em bom estado de uso. Antes de cada consulta, o idoso era atendido pela técnica de enfermagem, a qual realizava a aferição da pressão arterial sistêmica, bem como o peso e altura.

De igual forma para o rastreamento do idoso hipertenso para diabetes, também cumprimos com 100% da meta estipulada, pois todo o hipertenso atendido em cada mês, 36, 90, 146 e 215 se realizou o rastreamento. Na unidade, duas vezes por semana cada agente de saúde utiliza a primeira hora da manhã para realizar o hemoglicoteste (HGT) aos idosos hipertensos, e com a ajuda da técnica de

enfermagem, conseguem realizar este trabalho de forma que não interfere no horário da consulta.

Ainda com o intuito de melhorar a qualidade da atenção ao idoso na nossa unidade, estipulamos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos. A meta foi cumprida integralmente em todos os meses, sendo que do primeiro ao quarto mês da intervenção, nos quais tivemos 53, 134, 217 e 354 idosos atendidos respectivamente, todos receberam avaliação para a necessidade de atendimento odontológico.

Além desta avaliação, estipulamos também realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos. No primeiro mês, dos 53 idosos atendidos, apenas 19 (35,8%) consultaram com a odontóloga. No segundo mês, 47 (35,1%) dos 134 atendidos receberam a consulta odontológica. No terceiro mês, apenas 81 (37,3%) de um total de 217 idosos cadastrados, consultaram. E por final, no quarto mês, apenas 132 dos 354 cadastrados receberam a consulta odontológica, atingindo uma cobertura de 37,3%. Tais informações podem ser observadas na figura a seguir.

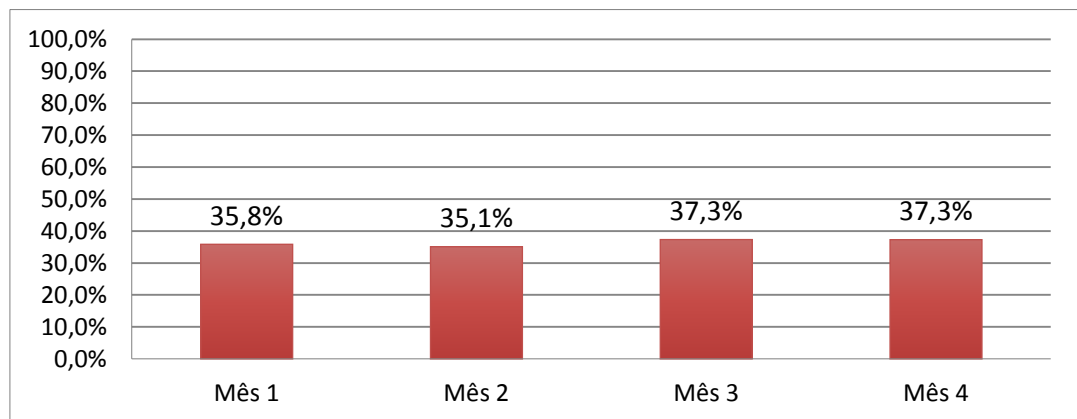


Figura 5: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática
Fonte: planilha de indicadores.

Como observado, em nenhum dos meses conseguimos atingir a meta estipulada, pois enfrentamos dificuldades devido a falta de odontólogo em vários momentos da intervenção. Mesmo contando com o apoio de outra unidade para a realização destas consultas, não foi o suficiente para alcançar a meta, pois esta atendia apenas dois idosos por dia, não atendendo a necessidade da demanda.

Para melhorar a adesão dos idosos ao programa, a meta estipulada foi fazer busca ativa a 100% dos idosos faltosos às consultas programadas. No primeiro mês

da intervenção não tivemos idosos faltosos. No segundo mês tivemos dois idosos faltosos e destes, todos receberam busca ativa. No terceiro mês foram 11 idosos faltosos e destes, todos receberam busca ativa. O mesmo aconteceu no último mês em que tivemos 16 idosos faltosos e também todos receberam a busca ativa. Deste modo, conseguimos atingir a meta estipulada inicialmente de 100% dos idosos faltosos com busca ativa.

Para melhorar os registros das informações, estipulamos manter registro específico de 100% das pessoas idosas. Esta meta foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção, atingindo 100% dos idosos com registros nas fichas-espelho. Para auxiliar nesta meta, mantínhamos a reposição das fichas semanalmente na unidade. Contamos com o apoio da gestão para a impressão do material para a realização dos registros.

Da mesma forma aconteceu para a distribuição da caderneta da pessoa idosa, pois conseguimos que, em todos os quatro meses da intervenção, todos os idosos recebessem a caderneta, atingindo a meta estipulada inicialmente de 100%. Este material se encontra a disposição da técnica de enfermagem e agentes de saúde, as quais controlam a distribuição e facilitam o acesso dos idosos para o recebimento.

A fim de mapear os idosos de risco da área de abrangência, estipulamos rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade. Conseguimos cumprir com a meta em todos os meses da intervenção sem dificuldades tanto nas consultas quanto nas visitas domiciliares. Contamos também com o apoio das técnicas de enfermagem e agentes comunitárias para que todos os idosos fossem devidamente rastreados e orientados.

Ainda sobre os idosos de risco, investigamos a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas. Tal meta foi cumprida de forma integral durante os quatro meses da intervenção, sendo que os 354 idosos cadastrados receberam o rastreamento. Para isso, a comunicação constante com as agentes comunitárias no reconhecimento dos possíveis sinais referentes a fragilidades é fundamental dada sua constante presença na comunidade e contato frequente com a população. A revisão da caderneta de saúde, um instrumento que possibilita a identificação desses sinais foi fundamental para que cumpríssemos com a meta de forma integral. O rastreamento também ocorria em cada uma das

atividades grupais, pois sempre estávamos atentos para qualquer sinal de alerta que pudesse indicar algum problema específico da idade.

Para a avaliação de rede social em dia apresentamos certa deficiência apenas no segundo e terceiro mês, onde em cada um desses meses não foi realizado a avaliação para dois idosos apenas. Nos demais meses cumprimos com a meta integralmente. Desta forma atingimos a meta quase que na sua totalidade como podemos observar na figura abaixo.

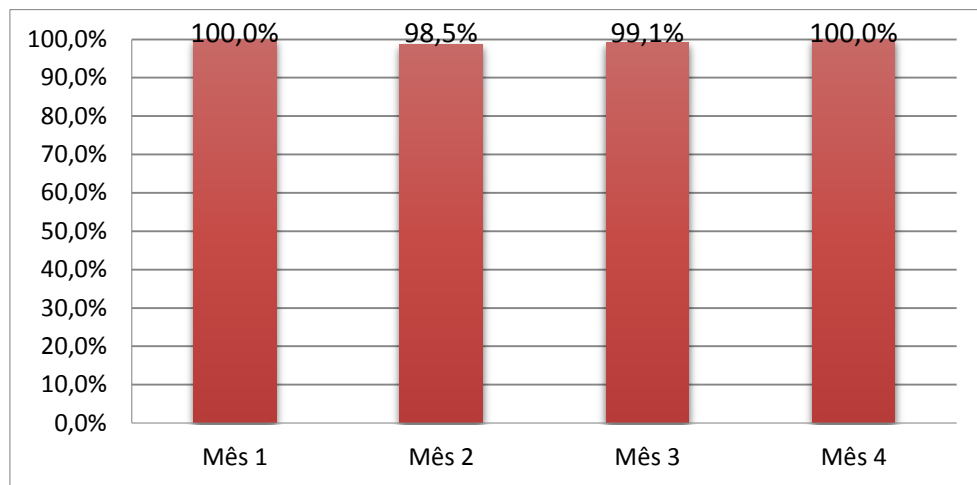


Figura 6: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia
Fonte: planilha de indicadores.

Para promover a saúde dos idosos, estimulamos garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas. Esta meta foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção. Então, dos 53, 134, 217 e 354 idosos atendidos do primeiro ao quarto mês respectivamente, todos receberam estas orientações tanto durante as consultas clínicas, quanto nos grupos e visitas domiciliares. Para esta ação contamos sempre com a nutricionista e sua estagiária, as quais realizaram café da manhã com os idosos com saladas de fruta, nos grupos foram mostrados também diferentes cardápios e orientações sobre alimentação saudável.

Quanto a orientações sobre práticas de atividade física regular, somente não foram orientados aqueles idosos que se encontravam acamados ou com dificuldades de locomoção, que não tinham condições para a realização das atividades físicas. Os demais foram orientados e contaram também com a orientação de um educador físico, que realizava atividades com os idosos durante os

grupos. Podemos observar na figura abaixo, que a meta estipulada inicialmente foi cumprida quase que integralmente em todos os meses.

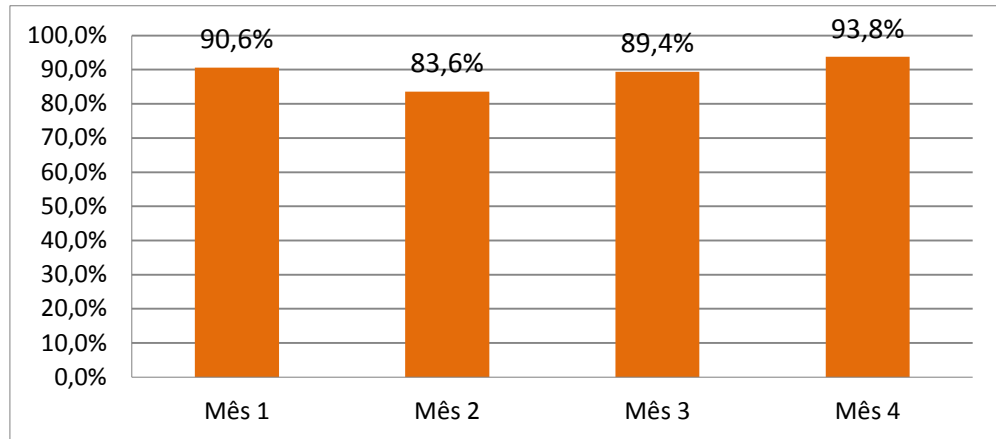


Figura 7: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Fonte: planilha de indicadores.

Quanto a meta de garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados, apenas no primeiro mês da intervenção é que a meta ficou em 78,9%, ou seja, dos 19 idosos com a consulta odontológica, apenas 15 receberam as orientações individuais. Nos demais meses, a meta foi cumprida integralmente. A dificuldade encontrada no primeiro mês deu-se devido a técnica da odontóloga encontrar-se de férias, o que impediu alguns idosos de serem orientados. A equipe de saúde bucal contou com materiais informativos como folders para auxiliar nas orientações.

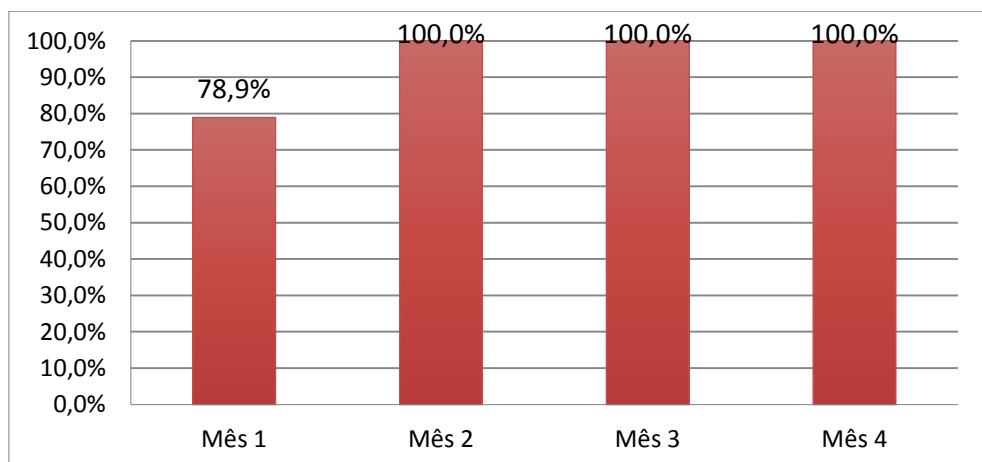


Figura 8: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Fonte: planilha de indicadores.

Desta forma concluímos nosso trabalho sem maiores dificuldades, contando com o apoio de toda a equipe de trabalho, da comunidade e gestores que juntos conseguirão dar continuidade nas ações e melhorar a qualidade de saúde da população adstrita da unidade Pro morar.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou ampliação da cobertura de atenção à saúde do idoso em 88,5%. Conseguimos melhorar os registros e a qualificação da assistência com destaque para o exame clínico geral, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para os diabéticos. Cadastramos a todos os acamados e a 100% deles se realizou visita domiciliar; rastreamos 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e de igual forma para diabetes. A proporção de idosos avaliados para atendimento odontológico também foi cumprida de forma integral, assim como a distribuição da caderneta de saúde. Além disso, a intervenção propiciou a melhoria dos registros e a qualificação da atenção, a qual foi possível também devido a capacitação de todos os profissionais da unidade de saúde.

Desta forma, a intervenção teve grande importância para a equipe, pois realizamos um trabalho intenso de capacitações sobre o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde. Os profissionais foram capacitados de forma específica para a realização de exame clínico apropriado e procedimentos clínicos, para verificação da pressão arterial e da realização de hemoglicoteste em idosos. Contamos principalmente com o apoio da enfermeira e a técnica de enfermagem que foram as profissionais que se encarregaram da atividade. Estas capacitações repercutiram no trabalho do HIPERDIA, o qual é realizado duas vezes na semana, dando agilidade aos atendimentos e diminuindo o tempo das consultas.

Quanto a importância da intervenção para o serviço, podemos dizer que a distribuição das ações entre os membros da equipe, viabilizou atenção a um número maior de pessoas, descentralizando as atividades que antes eram voltadas ao médico e enfermeira. A melhoria dos registros e o agendamento das consultas aos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, aumentando o número de agendamentos e também dando prioridade aos idosos

que apresentaram algum tipo de risco. Ao realizar a classificação de risco, conseguimos fazer com que a atenção a estes idosos fosse qualificada, de forma a apoiar e priorizar estes atendimentos.

A intervenção para a comunidade foi de grande importância, pois a grande maioria demonstrou satisfação com a prioridade nos atendimentos. Houve certa insatisfação de algumas pessoas que, na sala de espera, precisaram esperar um pouco mais de tempo, devido a prioridade estar sendo para os idosos. Porém conseguimos cumprir com toda a demanda de forma positiva.

Caso a intervenção fosse reiniciada neste momento, acredito que iria agir de forma diferenciada desde a Análise Situacional, pois iria buscar a participação da equipe desde esta etapa da elaboração do projeto. Iria discutir com a equipe, com os líderes da comunidade e gestão as atividades que estavam sendo desenvolvidas desde o início das atividades. Senti que faltou uma articulação com os gestores para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está mais integrada e comunicativa, porém, como já incorporamos a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas e ir cada dia com mais força e determinação em busca das metas ainda não alcançadas, sempre procurando manter as que já foram cumpridas.

Como já temos incorporado a intervenção à rotina do serviço, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos idosos, em especial os de alto risco. Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabou prejudicando a coleta de exames complementares e de medicamentos para os hipertensos e diabéticos, bem como a consulta com odontólogo. Vamos adequar a ficha dos idosos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto. A partir do próximo mês pretendemos seguir com atenção diferenciada com os idosos que é a população mais vulnerável. Mas também iremos investir na melhoria do programa da saúde da mulher e da criança, dando abertura para a ampliação da qualificação da assistência nas demais ações programáticas.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

Como já é de conhecimento da gestão de nosso município, estávamos realizando um trabalho de intervenção voltado para a atenção à saúde da pessoa idosa. Este teve como objetivo a qualificação da assistência a partir de um acompanhamento periódico e sistemático desta população na ESF Pro morar, a qual possui uma população total estimada de 4000 habitantes, sendo estimado 400 idosos (estimativa utilizada de 10% da população total da área).

Para o desenvolvimento deste trabalho foram estabelecidas algumas metas das quais, em sua maioria conseguimos cumprir integralmente. Dentre elas está a meta de ampliar a cobertura da população idosa em nosso serviço. Conseguimos num período de quatro meses de intervenção atingir 88,5% do total de idosos de nossa área de abrangência. Quanto a qualificação de nossa assistência, podemos dizer que realizamos avaliação multidimensional rápida e exame clínico para todos os idosos atendidos. Também alcançamos quase que a totalidade dos idosos hipertensos e diabéticos com solicitação de exames complementares em dia, ou seja, mais de 90%. Tentamos priorizar a prescrição dos medicamentos da farmácia popular, mas nem sempre obtivemos sucesso, pois com frequência houve falta da maioria das medicações que constam na lista da farmácia, principalmente de anti-hipertensivos. Realizamos também visitas domiciliares aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção e atingimos mais de 87% de um total de 32 idosos nestas condições em nossa área de abrangência. Todos os idosos receberam a verificação da pressão arterial sistêmica, durante as consultas, também rastreamos todos os idosos hipertensos para diabetes. Conseguimos também com que mais de 30% dos idosos realizassem consulta odontológica. A nossa meta foi muito baixa para esta ação, mas isto se justifica os diversos períodos em que ficamos sem o atendimento odontológico na unidade, devido ao afastamento do odontólogo.

Neste período procuramos também organizar nosso serviço e para isso buscamos atualizar todos os registros dos idosos, e aqueles que estavam consultando pela primeira vez, fez-se um registro completo dos dados em fichas espelho e prontuários. Também priorizamos a distribuição das cadernetas de saúde dos idosos, as quais foram entregues para todos os que participaram do programa neste período. Realizamos avaliação de risco para morbimortalidade e fragilização na velhice, bem como da rede social de todos os idosos participantes e que foram

cadastrados. Durante as consultas e atividades grupais, também oferecemos orientações quanto a alimentação correta, prática de atividade física regular e cuidados de saúde bucal.

Enfim, pretendemos continuar com as ações já desenvolvidas e melhorar os indicadores da intervenção nos próximos meses, pois podemos perceber melhorias no atendimento como a acessibilidade dos usuários à unidade básica de saúde e a equipe como um todo. O atendimento em grupo também trouxe um novo ânimo para estes idosos propiciando momentos de terapia, de bem estar e de convivência com outros idosos que também possuem agravos na saúde e com a equipe, que acolheu estes idosos com outro olhar.

Salienta-se a importância da gestão dar seguimento no apoio que nos tem ofertado para que possamos também estender a realização deste trabalho para outras ações programáticas, como a saúde da mulher, da criança, para os hipertensos e diabéticos, gestantes. Deste modo, pretendemos seguir organizados e planejando a continuidade deste trabalho, sempre contando com o apoio de todos envolvidos, desde a comunidade, a equipe de saúde e a gestão.

4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade

A equipe da Unidade de Saúde Pro morar gostaria de informar à comunidade sobre a realização de um trabalho voltado para a população idosa que foi realizado durante quatro meses nesta unidade, mas que pretendemos continuar, pois está trazendo benefícios para o atendimento desta população. Possuímos um total de 400 idosos na área em que o serviço de saúde atua e deste total conseguimos atender 354 idosos, ou seja, bem mais da metade desta população.

No decorrer do desenvolvimento deste trabalho realizamos várias atividades com os idosos, dentre elas os grupos que foram muito promissores e conseguimos uma boa participação dos idosos. Facilitamos também o agendamento das consultas e realizamos solicitação de exames, foi feita identificação dos idosos hipertensos e diabéticos, realizamos também visitas nas residências daqueles que se apresentavam acamados ou com problemas de locomoção. Também priorizamos prescrever medicamentos disponíveis na farmácia popular, facilitando a aquisição dos mesmos. Foram distribuídas as carteiras do idoso, demos prioridade às consultas com a dentista para aqueles que estivessem com necessidade de

tratamento dentário. Conversamos com as famílias dos idosos e estamos realizando um trabalho que acompanha este idoso dentro de seu lar com os seus familiares.

Além disso, estamos tentando inserir a comunidade para nos auxiliar neste trabalho com os idosos. Por isso, fizemos reuniões com os idosos e também para todos da comunidade, onde foram realizadas conversas com orientações sobre a importância das atividades físicas para manter uma boa saúde, a importância de manter uma alimentação saudável, do cuidado com a higiene tanto corporal quanto bucal. Falamos também da importância da presença da família no cuidado com estes idosos.

Podemos com satisfação dizer que estamos muito empolgados com todas estas atividades realizadas e tivemos também uma boa aceitação por parte dos idosos, os quais ficaram muito satisfeitos com o atendimento recebido. Aos poucos, procuramos melhorar a qualidade de nosso atendimento e para isso contamos com a participação da comunidade para que sejam presentes nas reuniões com as equipes de saúde, procurem também orientar a todos aqueles idosos que não buscam o serviço de saúde, para que comecem a participar dos grupos de idosos e das reuniões com a comunidade. Se por ventura, souberem de pessoas que são impossibilitadas de irem até o serviço de saúde por algum motivo, procurem entrar em contato com um de nossos agentes comunitários ou outro membro de nossa equipe para nos comunicar, pois é desta forma que somaremos esforços para melhorar a saúde de nossa população.

Com certeza ainda enfrentamos muitas dificuldades no serviço de saúde, tanto na falta de funcionários, quanto na parte da estrutura física da unidade. No entanto, podemos dizer que toda a equipe está engajada em superar tais dificuldades e com o apoio da comunidade melhorar o atendimento de saúde, não somente para os idosos, mas também estendendo estas atividades para outros grupos como gestantes, mulheres na faixa etária de risco para câncer de mama e útero, crianças, hipertensos e diabéticos.

Contamos com vocês para divulgar estas informações para todos os idosos da área e seus familiares, bem como para a comunidade no geral. Esperamos com isso, ampliar e qualificar nosso atendimento e obter a satisfação da população que busca nossos serviços.

5. Reflexão crítica sobre o seu processo pessoal de aprendizagem na implementação da intervenção

O curso de especialização em saúde da família foi muito importante para minha aprendizagem, tanto pessoal quanto profissional. Com este trabalho consegui aprimorar meus conhecimentos a respeito de saúde pública, de prática clínica, de relacionamento interpessoal e tudo isso acabou contagiando os demais membros da equipe, os quais apresentaram-se muito dedicados e interessados na realização de todas as etapas da intervenção.

Trabalhar com a população de idosos é uma experiência sem igual, principalmente porque muitas vezes, convivem com muitas vulnerabilidades, pois são desatendidos por seus familiares, por serem também incompreendidos pela sociedade. Desta forma, posso afirmar que este trabalho foi muito reconfortante e também com muitos êxitos, pois enfrentei muitas dificuldades, primeiro com o português que não é minha língua de origem, tive muitas dúvidas em relação a como devia fazer o trabalho e também dificuldade com internet e outras que foram acrescentando-se a medida de sua implementação. No entanto, com a ajuda da tutora e da equipe de trabalho foram superados e conseguiu-se cumprir com as metas propostas, de maneira que agora, o idioma já não é um impedimento e a cada dia vai sendo melhor o trabalho e também são maiores as possibilidades de desenvolvermos o vínculo com a comunidade e com os membros da equipe de saúde.

Na UBS se fortaleceu o vínculo com os usuários e seus familiares, o acolhimento foi aprimorado, o número de consultas diárias foi aumentado e os idosos receberam um atendimento de melhor qualidade. O fato de ter conseguido criar vínculo com a população idosa me trouxe uma grande satisfação, pois com este feito consegui interagir de forma mais transparente com eles, e passar informações importantes a respeito dos agravos próprios da idade, bem como de outras doenças. Enfim conseguimos realizar educação em saúde o que aumentou a autonomia desses idosos para o seu auto-cuidado e isso é muito gratificante.

O curso foi muito importante em minha vida como profissional, aportando dados e conhecimentos que oportunizaram uma progressão positiva enquanto médica da saúde da família e acrescentou também um grande crescimento pessoal. As distintas bibliografias apresentadas durante o curso foram muito amplas em informações que ajudaram na compreensão de algumas questões referentes ao processo de trabalho em equipe, às consultas clínicas e também para entender o processo saúde-doença.

Posso dizer que após ter passado por este processo de aprendizagem, estou conseguindo desenvolver meu trabalho de forma mais qualificada, com uma visão mais ampliada sobre o trabalho na equipe saúde da família, sobre os princípios e diretrizes que regem a atenção básica em saúde. Tudo isso permitirá com que eu prossiga desenvolvendo este trabalho com uma maior consciência da importância do papel de cada profissional na qualificação da assistência.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 19**. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

Anexos



Especialização em
Saúde da Família
de Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO
FICHA ESPELHO

Anexo A: Ficha espelho para coleta de informações

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não / É acamado(a)? () Sim () Não / HAS? () Sim () Não / DM? () Sim () Não / Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm / Osteoporose? () Sim () Não / Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual? _____

[illegible][illegible]

Anexo B: Planilha de coleta de dados

[illegible]

#	A	B	C	M	N	O	P	Q	R	S
1	Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 3									
2	Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
226		223								
227		224								
228		225								
229		226								
230		227	0							
231		228	0							
232		229	0							
233		230	0							
234		231	0							
235		232	0							
236		233	0							
237		234	0							
238		235	0							
239		236	0							
240		237	0							

Anexo C: Termo do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

